

高 額 療 養 費 支 給 申 請 書
振 込 口 座 変 更 届 兼 誓 約 書

被保険者番号	0									個人番号 (マイナンバー)											
被保険者 氏名									生年 月日	明治 大正 昭和				年	月	日	支給 種別	☒ 高額療養費 ☐ 療養費 ☐ 葬祭費 ☐ 高額介護合算 ☐ ()			
住 所																					
交通事故等での怪我や病気で受診された方のみ 右の該当するものに○をつけてください。										1：交通事故(自損事故含む) 2：けんか・犬咬み・食中毒等 ※該当するものがない場合は記入不要です。											
後期高齢者医療に関する医療給付等の振込口座を下記のとおり指定します。																					
振込先金融機関	銀 行 信用金庫・信用組合 労働金庫 農協・信漁連								本店 支店・支所 本店営業部 出張所 金融機関コード 店番号								預金種別	普 通 ()			
口座番号 (右詰めで記入)																					
口座名義人 (カタカナで記入)																					
公金受取口座		☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、 「 ☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック「 ☒ 」をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報(上記太枠部)の記載や通帳の添付等は不要です。 ※ 公金受取口座は、被保険者本人しか利用できません。																			
長崎県後期高齢者医療広域連合長 様																					
1. 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 あわせて返納等が生じた場合、次回以降の支給分で調整することに同意します。																					
2. 上記のとおり、医療給付等の振込口座を変更したいので届け出ます。																					
3. 上記被保険者の後期高齢者医療に関する医療給付金の受領権利を私が承継いたしましたので、 医療給付等が行われる口座を変更してください。なお、他の相続人から異議申し立てがあった 場合は、私の責任において相続人の間で解決することを誓約します。																					
年 月 日 郵便番号																					
届出人 (誓約者※)		住 所																			
		氏 名																			
		電話番号																			
		被保険者との続柄 ☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 孫 ☐ 兄弟姉妹 ☐ 甥・姪 ☐ その他 ※公正証書遺言による相続人など ()																			
《委任状》																					
私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する医療給付金の(振込先の 変更の届け、又は受領)に関する権限を委任します。																					
年 月 日 被保険者 (誓約者)氏名																					
		郵便番号																			
代理人		住 所																			
		氏 名																			
		続柄																			
		電話番号																			

※被保険者の方が亡くなられている場合の誓約者は、法定相続人の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。子の配偶者等は法定相続人にはなりません。

記入例

振込先
金融機関

- ①振り込みを希望される口座の『金融機関名』・『口座開設店名』・『口座番号』・『口座名義人』を正確にご記入ください。（金融機関コード及び店番号が不明な場合は記入不要です。）
- ②被保険者の方が亡くなられている場合の振込口座は、**法定相続人**の方になります。
- ③ご本人様名義以外の口座に振り込みを希望される場合は、『委任状』が必要ですので、**下記委任状欄の記入**もあわせてご記入ください。
- ④公金受取口座は**被保険者本人が被保険者本人の登録口座を利用する場合にのみ**チェックしてください。

振込先金融機関	銀行 ゆうちょ 信用金庫・信用組合 労働金庫 農協・信漁連	本店 支店・支所 本店営業部 出張所						預金種別	普通 ()			
		金融機関コード				店番号						
		9	9	0	0	7	6			8		
口座番号 (右詰めで記入)		0	1	2	3	4	5	6				
口座名義人 (カタカナで記入)		コウイキ ジロウ										
公金受取口座		☐ 公金受取口座を利用します。 ※ 給付金等の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「☐ 公金受取口座を利用します。」にチェック「✓」をしてください。 ※ 公金受取口座を利用する場合は、口座情報（上記太枠部）の記載や通帳の添付等は不要です。 ※ 公金受取口座は、被保険者本人しか利用できません。										
※ ゆうちょ銀行を登録する場合 通帳の表紙を開き、ページ下部の銀行使用欄に記載してある以下の内容をご記入ください。 【店名】七六八 【店番】768 【預金種目】普通預金 【口座番号】●●●●●●●●												

届出人
(誓約者)

- ①被保険者本人の住所、氏名等をご記入ください。
- ②委任状に基づき代理人が届け出をされる場合は、代理人の住所、氏名等をご記入ください。
- ③被保険者の方が亡くなっている場合の誓約者は、**法定相続人**の方になります。
法定相続人とは、配偶者及び子（亡くなられている場合は孫・ひ孫）、親、兄弟姉妹等の血族になります。**子の配偶者等は法定相続人にはなりません。**
- ④成年後見人等に選任された方が申請される場合は、登記事項証明書等の写しを添付してください。

令和○年○月○日	
届出人(誓約者※)	郵便番号 850-0875
	住 所 長崎市栄町4番9号
	氏 名 広域 次郎 続柄 本人
	電話番号 095-816-3930

委任状

- ①ご本人様名義以外の口座に振り込む場合は、委任状欄をご記入ください。
- ②被保険者の方が亡くなっていて、届出人（誓約者）の口座へ振り込む場合は、記入する必要はありません。

《委任状》	
私は、下記の者を代理人と定め、この後期高齢者医療に関する医療給付金の（振込先の変更の届け、又は受領）に関する権限を委任します。	
令和○年○月○日	
代理人	被保険者 (誓約者)氏名 広域 次郎
住 所	郵便番号 850-0875
	長崎市栄町4番9号
氏 名	広域 花子 続柄 妻
電話番号	095-816-3930

高額療養費は医療機関等の診療報酬の請求を基に計算し、支給がある場合は、最短で診療月の約3か月後に支給となりますが、医療機関等の診療報酬の請求が遅れた場合は支給日が翌月以降となり遅れることがあります。また、申請書提出後の処理により申請日から支給までに1～3か月を要します。

一度申請された方は、高額療養費が発生した場合は継続して申請された口座へ振込みますので、再度の申請は必要ありません。ただし、振込先口座を変更する場合は再度の申請が必要です。